

Artigo Original/Original Article

Escleroterapia do varicocelo da veia ovárica: resultados a curto e longo prazo.

Sclerotherapy of ovarian vein varicocele: short- and long-term results

João Martins-Pisco*, Marisa Duarte**, Tiago Bilhim**, Luís Mota Capitão***, José Daniel Menezes****, José Pereira Albino*****, Jorge Branco*****.

Hospital St. Louis, Serviço Universitário de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Serviço de Radiologia do Hospital Pulido Valente; Serviços de Cirurgia Vascular dos Hospitais Santa Marta, Garcia da Horta e Pulido Valente; Serviço de Ginecologia da Maternidade Alfredo da Costa.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the safety and efficiency of sclerotherapy in ovarian vein varicocele.

Study population: During 6 years, 36 women with the clinical diagnosis of ovarian vein varicocele were evaluated.

Methods: The diagnosis was confirmed by flebography of the ovarian vein in 35 of the patients. In these patients sclerotherapy of the ovarian vein was performed with success by selective retrograde catheterization of the ovarian vein by femoral approach in 31 patients and by brachial approach in 4 patients. Four to eight ml of polidocanol 13% was used in each vein.

Results: There was clinical improvement with complete resolution of all symptoms in 29 patients (82.9%) and partial symptomatic relief in 6 (17.1%). Long term results, evaluated between 1 and 6 years (mean 37.3 months), showed complete resolution of symptoms in 27 (77.1%) and recurrence in 8 (22.9%). Four patients with recurrence, improved following repeated sclerotherapy. Thus, there was long term improvement in 31 patients (88.6%).

Conclusion: Sclerotherapy of ovarian vein appears to be a safe and efficient treatment of ovarian vein varicocele.

* Professor Catedrático de Radiologia e Director do Serviço Universitário de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Chefe de Serviço de Radiologia do Hospital Pulido Valente.

** Interno Complementar de Radiologia, Hospital Pulido Valente

*** Director de Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Santa Marta

**** Director de Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Garcia da Horta

***** Director de Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Pulido Valente

***** Professor de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Director da Maternidade Alfredo da Costa.

INTRODUÇÃO

Richet, em 1857, observou a existência de varicocelo na veia ovárica numa mulher que morreu de hemorragia menstrual maciça. Mais tarde, Cotte em 1938, fez a associação de dor pélvica com varizes da veia ovárica.¹

O varicocelo ou dilatação da veia ovárica está geralmente associado com o síndrome de congestão pélvica, descrito inicialmente por Taylor.³ Porém,

alguns casos apresentam-se como varizes vaginais ou vulvares ou como recidiva de varizes dos membros inferiores depois da cirurgia.⁴

O diagnóstico de síndrome de congestão pélvica (SCP) não é fácil. Observa-se geralmente em mulheres de meia idade, multíparas, com dor pélvica crónica, exacerbada pelos esforços e posição ortostática, por vezes associada a dispareunia ou a dismenorria, urgência na micção, sensação de peso no hipogastro e na região perineal.⁴

Não existem sinais patognomónicos de síndrome de congestão pélvica e a maior parte dos exames incluindo o ginecológico e os diversos exames de imagiologia podem ser negativos, nomeadamente a ecografia pélvica, o ecodoppler, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM). Muitas vezes recorre-se a laparoscopia para fazer o diagnóstico. Contudo, a flebografia selectiva da veia ovárica, que é um exame relativamente simples, minimamente invasivo, efectuado em regime ambulatorio, confirma ou exclui, com segurança, a possibilidade de varicocelo.⁵

A flebografia pélvica pode ser negativa mesmo na presença do varicocelo da veia ovárica, pelo que é necessário a cateterização selectiva da veia ovárica para confirmar ou excluir o diagnóstico.⁵

O diagnóstico de varizes vaginais ou vulvares é fácil pela observação. Ocorrem em cerca de 2 a 10% dos casos de gravidez, a maioria aparece algum tempo após o parto, contudo podem persistir depois de vários casos de gravidez. A recidiva de varizes dos membros inferiores após tratamento cirúrgico deve-se à comunicação daquelas veias com as veias ováricas, através das veias de ligamento largo, das veias pré sagradas e das veias pudendas internas.^{2,6}

O tratamento do varicocelo da veia ovárica consiste na sua obliteração por laqueação (por via laparoscópica ou por via retroperitoneal) ou por emboloterapia.^{5,7}

Para as doentes com varizes ováricas, a emboloterapia transcatéter é uma opção terapêutica não cirúrgica. Leva a uma diminuição significativa na dor e sem impacto no ciclo menstrual.⁸

Em 1993, Edwards, publicou o primeiro caso de embolização da veia ovárica num caso de síndrome de congestão pélvica.⁹ Posteriormente, Cordts em

1997, publicou nove casos de embolização por espirais metálicas.¹⁰

Os resultados clínicos da cirurgia laparoscópica não são melhores que os da emboloterapia⁴ pelo que a embolização transcatéter das veias ováricas no tratamento do síndrome de congestão pélvica pode ser o tratamento de eleição.^{1,4,5,10,10,11,12,13} Pensa-se que o tratamento cirúrgico deve ser efectuado nos casos em que a embolização é ineficaz.¹⁴

Baseados na experiência que se tem no tratamento do varicocelo do homem por escleroterapia da veia espermática interna, tem-se vindo a efectuar tratamento idêntico no varicocelo da veia ovárica. Neste trabalho apresentam-se os resultados imediatos e a longo termo de casos de varicocelo da veia ovárica que foram tratados por escleroterapia.

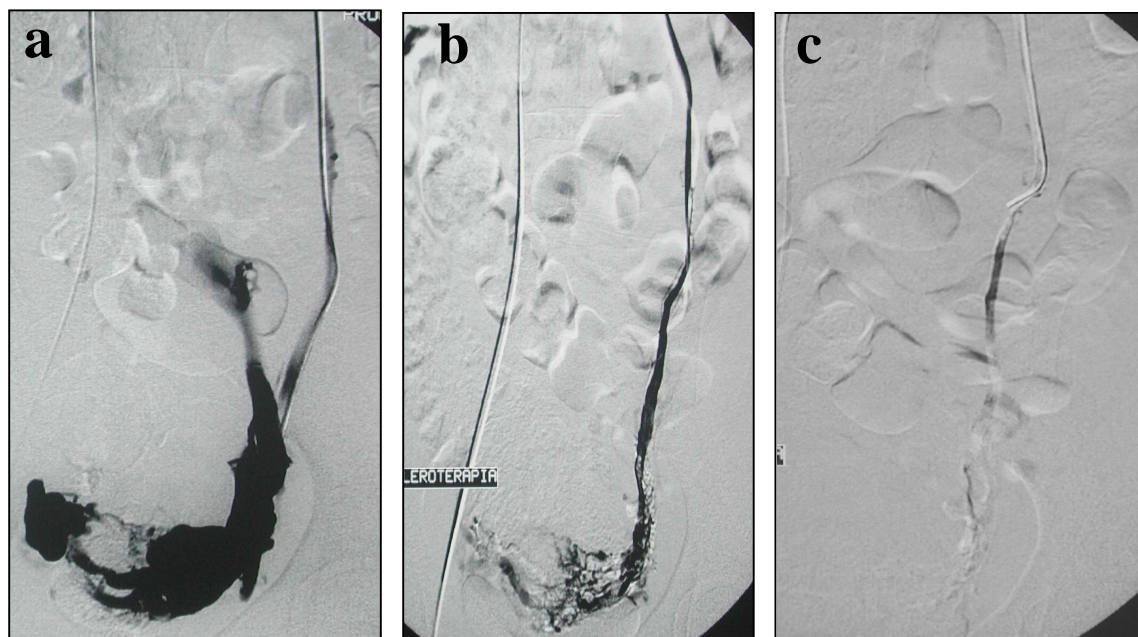
MATERIAL E MÉTODOS

Num período de 8 anos, foram-nos enviadas 36 doentes com idades compreendidas entre os 21 e 56 anos (idade média 41.5 anos) com suspeita de varicocelo da veia ovárica. Trinta e uma dessas doentes eram multíparas, 15 referiam dores sugestivas de síndrome de congestão pélvica, 7 eram portadoras de varizes vaginais e vulvares e em 14 tinha ocorrido recidiva das varizes dos membros inferiores após terapêutica cirúrgica.

No presente estudo, a maioria dos exames imagiológicos efectuados foi negativo e apenas a flebografia selectiva confirmou o diagnóstico. Efectivamente algumas pacientes já tinham obtido os seguintes exames: eco-doppler, 14 pacientes (positivo em 6); RM, 11 pacientes (positiva em 4) e TC em 6 pacientes (negativo em todas).

Efectuou-se a flebografia da veia ovárica, sob anestesia local, através da veia femoral em 32 das pacientes e por uma das veias do sangradouro em 4 das doentes. A flebografia selectiva da veia ovárica realizou-se pela técnica de Seldinger. O cateter foi colocado na veia cava inferior, depois na veia renal esquerda e por fim super selectivamente cateterizou-se a veia ovárica esquerda. Confirmou-se a existência de varicocelo da veia ovárica pelo refluxo retrógrado de contraste das veias renais para as veias ováricas que se acentuou com a manobra de Valsalva e que se acompanhou de dilatação da veia

Fig. 1 - Flebografia da veia ovárica esquerda.



a - Dilatação da veia ovárica esquerda e congestão a nível dos plexos pélvicos e peri uterino.

b - resultado após uma primeira injeção de esclerosante em que se verifica redução de calibre da veia ovárica.

c - resultado final, após nova administração de esclerosante observa-se apenas permeabilidade do terço superior da veia ovárica esquerda.

ovárica e, geralmente, de congestão dos plexos venosos pélvicos, nomeadamente do peri uterino.

Confirmado o diagnóstico do varicocelo introduziu-se o cateter no terço distal da veia ovárica esquerda e começou-se a injectar de forma fraccionada e lenta Polidocanol a 3%, injectando de cada vez 2 a 3 ml. Depois de esperar 3 a 4 minutos repetiu-se injeção do esclerosante e retirou-se progressivamente o cateter para zonas mais proximais da veia ovárica. Ao realizar o controlo verificou-se uma trombose imediata da veia ovárica esquerda que foi progressiva e que aumentou com o decorrer do tempo (figs. 1 e 2). Concluída a escleroterapia da veia ovárica esquerda, retira-se o cateter e tenta-se a cateterização da veia ovárica direita na veia cava inferior, abaixo da veia renal. Se esta veia estiver dilatada procede-se à sua escleroterapia, de igual modo (figs. 3 e 4). A quantidade de Polidocanol utilizado variou entre 4 e 8 ml.

Após a escleroterapia as primeiras 8 doentes ficaram hospitalizadas até à manhã seguinte e as restantes saíram cerca de 2 horas depois da escleroterapia e retomaram a sua actividade profissional no dia seguinte.

O controlo após a escleroterapia efectuou-se por interrogatório e pela observação clínica.

RESULTADOS

Comprovou-se pela flebografia a existência de varicocelo da veia ovárica em 35 das doentes, pela dilatação da veia ovárica, pelo refluxo venoso retrógrado e ingurgitamento dos plexos venosos, pampiniforme e peri-uterino. Numa das doentes a veia ovárica era normal. O varicocelo era unilateral à esquerda em 29 dessas doentes e bilateral em 6.

Das 35 doentes em que se efectuou escleroterapia obteve-se sucesso técnico em todos os casos. Após a escleroterapia, verifica-se que o calibre da veia ovárica se tornou filiforme, sem qualquer refluxo retrógrado e tardiamente comprovou-se a sua oclusão. Como complicações ocorreram reacção alérgica ao contraste numa doente e hematoma inguinal noutra doente.

Verificou-se melhoria clínica imediata com resolução completa de todos os sintomas em 29 das doentes (82,9%) e melhoria sintomática parcial em 6 (17,1%) no primeiro mês após a escleroterapia.

Fig. 2 Flebografia da veia ovárica esquerda.

- a** - Dilatação da veia ovárica esquerda e opacificação do plexo peri-uterino.
- b** - Após escleroterapia verifica-se acentuada redução do calibre da veia.

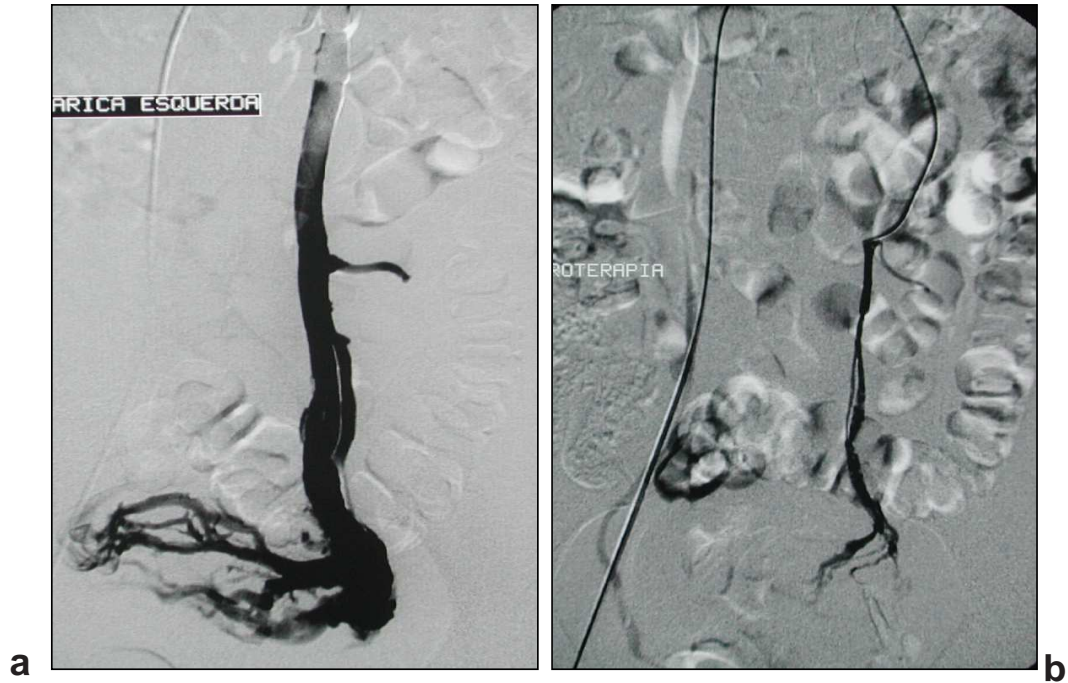


Fig. 3 - Flebografia da veia ovárica direita

- a** - dilatação da veia ovárica direita e opacificação dos plexos peri-uterino e pampiniforme.
- b** - após escleroterapia observa-se a veia ovárica direita de calibre muito reduzido.

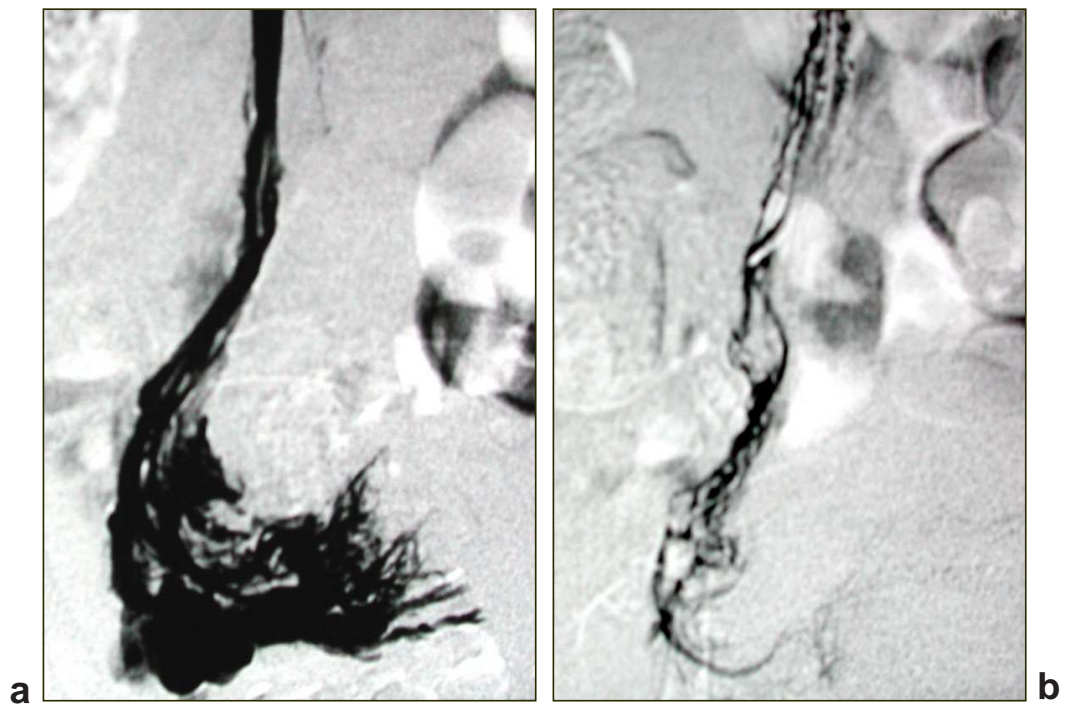
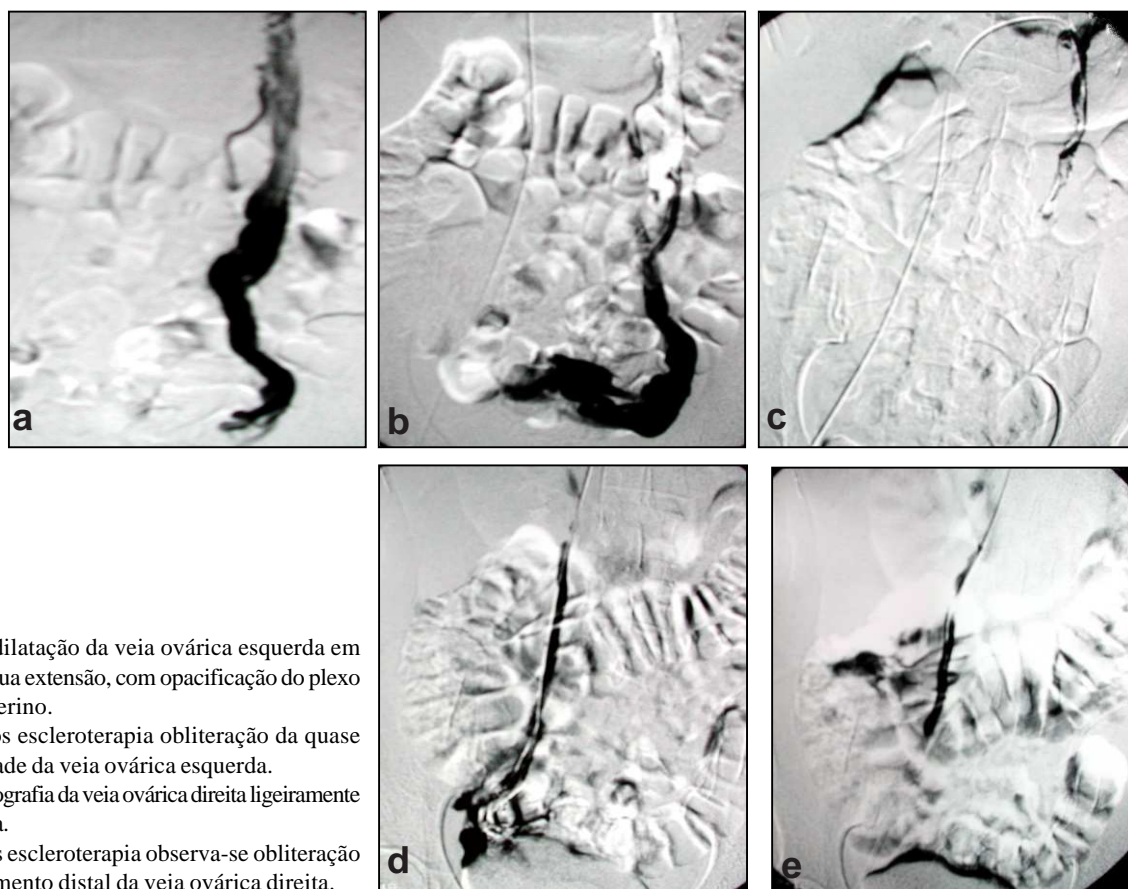


Fig. 4 - Flebografia das veias ováricas.



a, b – dilatação da veia ovárica esquerda em toda a sua extensão, com opacificação do plexo peri-uterino.

c – após escleroterapia obliteração da quase totalidade da veia ovárica esquerda.

d - flebografia da veia ovárica direita ligeiramente dilatada.

e - após escleroterapia observa-se obliteração do segmento distal da veia ovárica direita.

Nos resultados a longo termo avaliados entre 1 e 6 anos, (média 37,3 meses) continuou a observar-se resolução total dos sintomas em 27 das doentes (77,1%) e recidiva dos sintomas em 8 (22,9%), tendo todas ocorrido nos primeiros 6 meses após a escleroterapia. Das 8 doentes em que se verificou recidiva dos sintomas efectuou-se segunda escleroterapia em 4. Estas melhoraram após repetição da intervenção tendo-se a melhoria mantido durante todo o período de avaliação. Desta forma, observaram-se bons resultados clínicos secundários com remissão completa dos sintomas, após nova escleroterapia em 31 doentes (88,6%).

DISCUSSÃO

A dor pélvica crónica define a dor pélvica, não cíclica, com uma duração de pelo menos 6 meses. É frequente nas mulheres, motivando 10-40% das consultas de ginecologia. Uma das causas mais comum é o síndrome

de congestão pélvica, descrito por Richet em 1857, que corresponde à congestão vascular em veias pélvicas dilatadas e tortuosas, que resulta do fluxo retrógrado nas veias ováricas com válvulas incompetentes.¹⁵

A dor surge em ortostatismo, melhora com o decúbito e pode estar associada a outras varizes nas coxas, nádegas ou perineo. Os sintomas podem aumentar no pós-parto.⁸

A etiologia do síndrome de congestão pélvica é multifactorial. Pode resultar de anomalias anatómicas obstrutivas, patologias que originem congestão venosa secundária, factores hereditários, hormonais, cirurgias pélvicas, antecedentes de varizes ou multiparidade (2).

A etiologia hormonal é sugerida pelo facto de ocorrer após a gravidez e desaparecer após a menopausa.⁵

A insuficiência valvular pode agravar-se durante a gravidez devido ao maior fluxo sanguíneo e à compressão das veias ováricas pelo útero grávido com consequente lesão das válvulas ováricas.⁴ Estas alterações

explicam a maior frequência do síndrome de congestão pélvica na múltipara.

A ausência de válvulas de veia ovárica, 15% à esquerda e 6% à direita, pode explicar a maior frequência do varicocelo da veia ovárica esquerda em relação à direita, onde é rara.⁵

Quando existe um grau de suspeição clínico elevado de insuficiência venosa ovárica/pélvica e os exames imagiológicos não encontram outro tipo de patologia que possa explicar os sintomas, a abordagem diagnóstica definitiva é a flebografia das veias ováricas.¹⁶ Efectivamente apenas 11 dos 31 exames realizados mostraram alterações.

A flebografia selectiva das veias ováricas efectua-se pela técnica de Seldinger através da veia femoral.⁵ Deve ser realizada recorrendo à manobra de Valssalva.⁴ O diagnóstico angiográfico baseia-se nos seguintes critérios: dilatação da veia ovárica, ingurgitamento/congestão dos plexos venosos uterinos, pampiniformes e ováricos, e opacificação das veias do lado oposto através da linha média.^{4,5}

Procede-se à embolização da veia ovárica se houver sinais angiográficos de incompetência venosa. Esta técnica minimamente invasiva permite detectar e tratar as varizes no mesmo acto.⁸ É uma técnica segura, com taxas de sucesso de 96.7%-98%, baixa taxa de complicações, e remissão completa dos sintomas entre 57.9% e 58.5%.^{4,12}

Existem vários tipos de agentes embolizantes para as veias ováricas: as espirais metálicas, os balões, agentes esclerosantes e cola. As espirais metálicas estão associados a recidivas resultantes da sua recanalização ou ao desenvolvimento de colaterais (2). Além disso produzem artefactos na RM efectuada na avaliação pós terapêutica.^{13, 17} No nosso centro utilizamos um agente esclerosante, o Polidocanol a 3%, o qual é administrado nas veias ováricas com bons resultados.

São vários os estudos mais recentes que comprovam a sua eficácia. Em 2004 d'Archambeau publicou um estudo com 66 doentes tratadas por embolização das veias ováricas, com sucesso técnico de 96%, sucesso clínico inicial de 86% e benefício a longo prazo de 75%.¹⁸

Kim em 2006 descreve um estudo com 131 doentes, em que 127 tinham sinais angiográficos de insuficiência venosa ovárica tendo sido embolizadas (97.0%).

Procedeu também à embolização das veias hipogástricas em 108 (85.0%). A longo prazo verificou uma melhoria clínica em 83%, 13% não tiveram alterações significativas e 4% referiram agravamento dos sintomas. Duas mulheres tiveram gravidezes bem sucedidas após o tratamento por emboloterapia ovárica e hipogástrica.^{16,16}

Recentemente, Kwon publica em 2007 um trabalho com 67 doentes com veias ováricas embolizadas com espirais metálicas, em que 82% referiram redução da dor. Doze doentes (18%) não tiveram alteração sintomática ou ficaram piores. Destas, 9 foram tratadas cirurgicamente e 3 continuaram terapêutica médica.¹⁴

A alta percentagem de redução dos sintomas após escleroterapia e o sucesso de uma segunda escleroterapia nos casos de insucesso demonstram que se trata de uma técnica eficaz.

Na nossa prespectiva, a grande eficácia do esclerosante deve-se ao facto de se verificar o seu refluxo para todas as colaterais que são igualmente tratadas. Pelo contrário, na embolização por espirais metálicas as colaterais não visualizadas por contraste não são embolizadas.

Este estudo tem as limitações inerentes de ter poucos doentes, sendo necessário mais trabalhos com maior número de pacientes, comparando as diferentes opções terapêuticas embolizantes e esclarecendo quando se deve embolizar as veias hipogástricas.

CONCLUSÃO

A dor pélvica crónica sem evidência de qualquer patologia é um problema ginecológico comum. A inespecificidade dos sintomas e a necessidade de recorrer a um exame invasivo para a confirmação diagnóstica fazem com que a SCP seja pouco diagnosticada. Mulheres com dor pélvica crónica e sem doença aparente podem ser portadoras do SCP, particularmente quando exacerbada pela posição ostostática prolongada, pela marcha e por vezes associada a varizes vulvares e dos membros inferiores.⁵ A flebografia das veias ováricas é o melhor método diagnóstico e tem a vantagem de permitir no mesmo procedimento a realização de embolização terapêutica com resultados iguais ou melhores aos tratamentos médico-cirúrgicos.

Da nossa experiência esta técnica é segura e eficaz, sendo necessário que os clínicos estejam alertados para a existência desta síndrome de difícil diagnóstico e para a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica a efectuar.

Agradecimentos

À Ana Rodrigues pela compilação dos dados e tratamento de imagem.

BIBLIOGRAFIA

1. TARAZOV PG, PROZOROVSKIY KV, RYZHKOV VK, Pelvic pain syndrome caused by ovarian varices. Treatment by transcatheter embolization. *Acta Radiol.* 38(6):1023-5, 1997.
2. HOBBS JT: The pelvic congestion syndrome. *Br. J. Hosp Med* 1990; 43: 200 - 206.
3. TAYLOR HC: Vascular congestion and hyperemia: the effect on function in the female reproductive organs. Part I. Physiological basis and history of the concept, *Am J Obstet Gynecol* 1949; 57:211-30.
4. MALEUX G, STOCK L, WILMS GUY, MARCHAL G. Ovarian vein embolization for the treatment of pelvic congestion syndrome: long-term technical and clinical results. *JVIR* 2000; 11: 859 - 864.
5. PISCO JM; ALPENDRE J; SANTOS DD; et al, Escleroterapia do varicocelo feminino, *Acta Médica Portuguesa* 2003; 16: 9-12.
6. ANKE H., SCULTETUS, MD, a J., LEONEL V, MD, et al, The pelvic venous syndromes: Analysis of our experience with 57 patients, *Journal of Vascular Surgery* 2002; 881-888.
7. MATHIS BV, MILLER JS, LUKENS ML, et al, Pelvic congestion syndrome: a new approach to an unusual problem. *Am Surg.* 1995; 61: 1016-1018.
8. VENBRUX AC MD, CHANG AH MD, KIM HS, et al. Pelvic Congestion Syndrome (Pelvic Venous Incompetence): Impact of Ovarian and Internal Iliac Vein Embolotherapy on Menstrual Cycle and Chronic Pelvic Pain, *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2002; 13:171-178.
9. EDWARDS RD, ROBERTSON IR, MACLEAN AB, HEMINGWAY AP. Pelvic pain syndrome: successful treatment of a case by ovarian vein embolization. *Clin Radiol* 1993; 47: 429-431.
10. CORDTS PR, ECLAVEA A, BUCKLEY PJ, DE MOIORILUS CA, ; et al. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *J Vasc Surg* 1998; 28: 862-868.
11. CHUNG MH, HUH CY, Comparison of treatments for pelvic Congestion Syndrome, *Tohoku J. Exp Med.* 2003; 201: 131-138.
12. CAPASSO P, SIMONS C, TROTTEUR G, et al. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1997; 20:107-111.
13. SICHLAU MU, YAO JST, VOGELZANG L. Transcatheter embolotherapy for the treatment of pelvic congestion syndrome. *Obstet Gynecol.* 1994; 83: 892-896.
14. KWON SH, OH JH, K0 KR, et al. Transcatheter Ovarian Vein Embolization Using Coils for the Treatment of Pelvic Congestion Syndrome. *Cardiovasc Intervent Radiol.* In Press; 2007.
15. KULIGOWSKA E, MD, DEEDS L, III, MS and LU K, III, MS, Pelvic Pain: Overlooked and Underdiagnosed Gynecologic Conditions, *RadioGraphics* 2005; 25:3-20.
16. KIM HS, MALHOTRA AD, ROWE PC, et al, Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long-term results. *J Vasc Interv Radiol.* 2006; 17(2 Pt 1):289-97.
17. NICHOLSON T, BASILE A. Pelvic congestion syndrome, who should we treat and how? *Tech Vasc Interv Radiol.* 2006; 9(1):19-23.
18. D'ARCHAMBEAU O, MAES M, DE SCHEPPER AM, The pelvic congestion syndrome: role of the "nutcracker phenomenon" and results of endovascular treatment. *JBR-BTR* 2004; 87(1):1-8.